

## Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/035 Entwicklungsstufe: 1

## Zitierbare Quelle:

Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 189 - 195

## Umschriebene Artikulationsstörungen (F80.0) (Phonologische Störung)

### 1. Klassifikation

#### 1.1 Definition

Eine Artikulationsstörung ist durch Fehler in der Lautbildung gekennzeichnet, die unter Berücksichtigung des Entwicklungsalters außerhalb des Normbereiches liegen. Die Lautbildungsfehler sind nicht durch sensorische, organische bzw. neurologische Erkrankungen oder falsche Sprachvorbilder zu erklären. Nach heutiger Auffassung sind sie vorwiegend Ausdruck der Anwendung falscher phonologischer Regeln bzw. von Regeln, die früheren Entwicklungsstufen entsprechen, und nicht Folge sprechmotorischer Defizite bzw. auditiver Wahrnehmungsschwächen. Der Begriff der "Artikulationsstörung" wird deshalb zunehmend durch den Terminus "Phonologische Störung" ersetzt. Die umschriebene Artikulationsstörung wird auf der Achse II des MAS in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kodiert (spezifische Entwicklungsstörungen).

#### 1.2 Leitsymptome

Leitsymptome sind Aussprachefehler wie Auslassungen, Ersetzen oder Fehlbildungen von Lauten. Am häufigsten sind /s/, /sch/, /ch/ und /r/ betroffen. Die expressiven und rezeptiven Sprachfertigkeiten und die nonverbale Intelligenz liegen innerhalb des Normbereichs (IQ über 70).

#### 1.3 Schweregradeinteilung

Nach der Anzahl der Lautbildungsfehler können Artikulationsstörungen in eine partielle, multiple und universelle Dyslalie eingeteilt werden. Zur Bewertung des Schweregrades kann der Prozentsatz korrekt gebildeter Laute angegeben werden (Percentage Consonant Correct - PCC).

#### 1.4 Untergruppen

Betrifft die Artikulationsstörung nur einzelne Laute, so kann eine Einteilung nach den Lauten (Sigmatismus, Rhotazismus usw.) sowie der Art des Fehlers (Auslassung versus Ersetzen) erfolgen. Das psycholinguistische Klassifikationsmodell nach Dodd [Dodd 1995; Fox 2005] unterscheidet zwischen phonetischer Störung, phonologischer Verzögerung, konsequenter und inkonsequenter phonologischer Störung.

#### 1.5 Ausschlussdiagnose

- Beeinträchtigung der Artikulation durch Gaumenspalte oder andere organische Störungen der für das Sprechen notwendigen anatomischen Strukturen
- Folgen eines Hörverlustes (H91.9)
- Intelligenzminderung (F70-F79)
- Apraxie (R48.2) oder Aphasie (R47.0)
- Aussprachefehler in Verbindung mit einer Entwicklungsstörung der expressiven oder rezeptiven Sprache (F80.1, F80.2).

## 2. Störungsspezifische Diagnostik

### 2.1 Symptomatik

#### Beobachtung des Sprechverhaltens des Kindes

Die Störung wird während der Exploration des Kindes deutlich. Wenn im spontanen Erzählen bestimmte Laute oder Lautverbindungen nicht vorkommen, so sollte das Kind mit Bildmaterial zum Sprechen dieser Laute angeregt werden.

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Die Fähigkeit, Laute und Lautverbindungen korrekt zu bilden, hängt ab von der Stellung des Lautes im Wort, der Schwierigkeit des Wortes und der Komplexität der grammatischen Struktur, in die das Wort eingebunden ist. Neben der Spontansprache sind das Nachsprechen und Lesen zu beurteilen. Tonbandaufzeichnungen erleichtern die Analyse.

#### **Exploration der Eltern**

Die Eltern haben sich in die Sprache des Kindes "eingehört", und ihre Angaben zur Art und Intensität der Artikulationsstörung sind oft unzuverlässig.

## **2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte**

Die Störung besteht primär. Es gab keine Phase, in der die betroffenen Laute regelrecht gesprochen wurden. Eine familiäre Häufung ist nicht ungewöhnlich.

## **2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen**

Häufig treten Artikulationsstörungen in Verbindung mit einem Dysgrammatismus auf. Das klinische Bild ist dann jedoch den expressiven oder rezeptiven Sprachentwicklungsstörungen und nicht den reinen Artikulationsstörungen zuzuordnen. Bei ausgeprägten Artikulationsstörungen können sich reaktiv eine Sprechhemmung bis hin zum Mutismus und emotionale Störungen bzw. Verhaltensstörungen entwickeln.

## **2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen**

#### **Exploration der Eltern**

- Negative Reaktionen des Umfeldes auf die eingeschränkte Verständlichkeit der Sprache des Kindes (Hänseleien, Ablehnung)
- Reaktionen des Kindes bei der Aufforderung zur Wiederholung des Gesprochenen
- Motivation der Eltern zur aktiven Mitarbeit.

#### **Orientierende Untersuchung**

- Intelligenzentwicklung
- Andere Entwicklungsbereiche
- Körperliche Untersuchung
- Kinderneurologische Untersuchung: Zerebralparese?
- Beurteilung der Motorik unter Einschluss der Oralmotorik: myofunktionelle Störung?
- Pädaudiologische Diagnostik: Hörminderung? Fehlbildung?

#### **Vorschulische, schulische und therapeutische Förder- und Therapiemöglichkeiten vor Ort**

- Logopädie
- Sprachheilkindergarten
- Sonderschule für Kinder mit Sprachstörungen.

## **2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik**

- Artikulatorisch orientierte Lautbildungstests (Überprüfung der Lautbildung im An-, Mit- und Endlaut und von häufig vorkommenden Konsonantenhäufungen, unzureichende Altersnormierung), z.B. Lauttreppe von Möhring, Lautbildungstest für Vorschulkinder (LBT/DLBT von Fried), Bremer Artikulationstest (BAT von Niemeyer)
- Phonologisch orientierte Lautbildungstests (exakte phonologische Analyse der Äußerungen des Kindes, unzureichend altersnormiert), z.B. Psycholinguistische Analyse kindlicher Sprechstörungen (PLAKSS von Fox), Analyseverfahren zu Aussprachestörungen bei Kindern (AVAK von Hacker und Wilgermein)
- Lautdiskriminationstests, z.B. Lautunterscheidungstest für Vorschulkinder (LUT von Fried), Bremer Lautdiskriminationstest (BLDT von Niemeyer), Subtest Phonemdifferenzierung aus dem PLD-SES von Kauschke und Siegmüller
- Mundmotoriktest, z.B. Mundmotoriktest von Draf, Subtest Mundmotorik aus dem PLD-SES von Kauschke und Siegmüller, Materialien zur Diagnose und Therapie der Mundmotorik (MMPM von Frank und Grziwotz-Buck)
- (Zumindest orientierende) Intelligenzdiagnostik
- (Zumindest orientierende) Untersuchung der expressiven und rezeptiven Sprache, z.B. Sprachscreening für das Vorschulalter (SSV von Grimm)
- Konsiliarisch: pädaudiologische Diagnostik
- Ggf. EEG.

## **2.6 Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik**

Auszuschließen sind Lautbildungsstörungen als Folge von:

- Erkrankungen im Oralbereich (z.B. Gaumenspalte)
- Neurologischen Erkrankungen (z.B. infantile Zerebralparese)
- Hörstörungen (z.B. Höchtonverlust)
- Expressiven oder rezeptiven Sprachentwicklungsstörungen
- Allgemeinen Verzögerungen der kognitiven Entwicklung
- Falschen Sprachvorbildern (gelegentlich bei partieller Dyslalie von Bedeutung).

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

## 2.7 Entbehrliche Diagnostik

Entfällt

## 3. Multiaxiale Bewertung

### 3.1 Identifizierung der Leitsymptome

- Überprüfen des Vorliegens relevanter Lautbildungsstörungen und Ausschluss anderer Formen von Aussprachestörungen
- Ausschluss von umschriebenen Entwicklungsstörungen der Sprache.

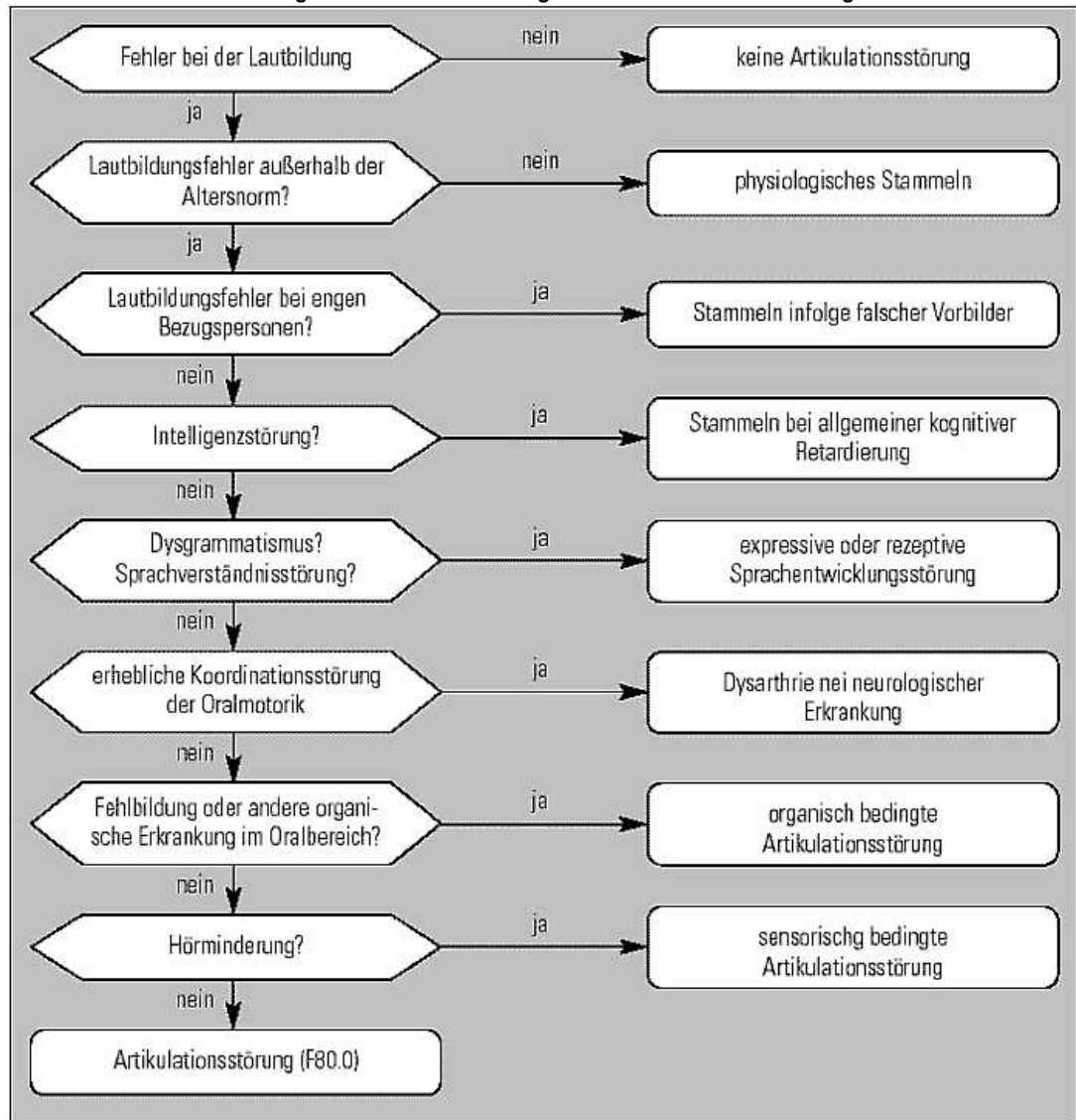
### 3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

- Überprüfen des Vorliegens komorbider Störungen, insbesondere psychoreaktiver emotionaler Störungen und Verhaltensstörungen (Achse I)
- Ausschluss von Intelligenzstörungen (Achse III)
- Ausschluss organischer Erkrankungen der Sprechorgane (Achse IV)
- Feststellen abnormer psychosozialer Bedingungen (Achse V) und Beurteilung der psychosozialen Anpassung (Achse VI). Insbesondere ist die Integration in Kindergarten bzw. Schule oder Beruf und Gleichaltrigengruppen zu beachten.

### 3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des Vorgehens

Siehe Abbildung 25.

**Abb. 25: Komorbidität und diagnostischer Entscheidungsbaum bei Artikulationsstörungen**



Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

## 4. Interventionen

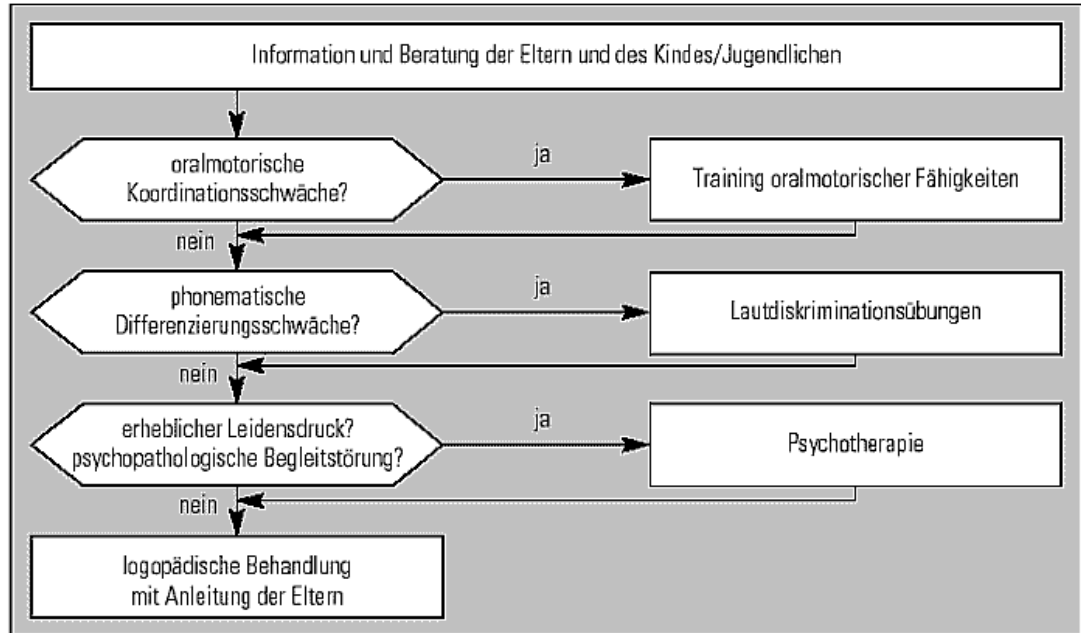
### 4.1 Auswahl des Interventionssettings

Die Behandlung erfolgt ambulant und sollte möglichst bis zur Einschulung abgeschlossen sein.

### 4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

Siehe Abbildung 26.

Abb. 26: Therapeutischer Entscheidungsbaum bei Artikulationsstörungen



### 4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Voraussetzung für eine Therapie ist eine ausreichende Motivation des Kindes und der Eltern.

#### Information und Beratung der Eltern und des Kindes

Eltern und Kinder sind über vermutete Ursachen, Aufrechterhaltung und Prognose der Artikulationsstörung zu informieren. Eine Beratung sollte frühzeitig erfolgen und folgende Hinweise enthalten:

- Achten auf sauber artikuliert Sprachvorbilder
- Erhöhung der auditiven Aufmerksamkeit durch Sing-, Sprach- und Rollenspiele
- Anregung zum Sprechen durch emotional positive, sprachmotivierende Situationen
- Sprech- und Imitationsspiele mit Frontalcharakter, die dem Kind eine genaue Beobachtung der Artikulation der Eltern ermöglichen
- Bei Fehlern kein Tadeln, Kritik oder sonstige negative Rückmeldungen
- Richtige Wiederholung falsch gesprochener Wörter bzw. Sätze durch die Eltern
- Ermutigung und Belohnung bei Versuchen zur richtigen Lautbildung.

#### Logopädische Behandlung

Die Art der Therapie hängt wesentlich vom Entwicklungsstand des Kindes/Jugendlichen ab. Bei jüngeren Kindern stehen indirekte, in ein Spiel integrierte Übungen im Vordergrund. Bei älteren Kindern/Jugendlichen können Bewusstmachen der/des Lautbildungsfehler/s und der Einsatz von Spiegel und Artikulationshilfen (Tonbandaufnahmen, audiovisuelle Sprachtrainer u.Ä.) sinnvoll sein. Im Mittelpunkt steht ein Training der Lautdifferenzierung und der Lautbildung, wobei in phonologisch orientierten Therapieansätzen *Lautdifferenzierungsübungen* und in phonetisch orientierten *Lautbildungsübungen* als besonders wichtig angesehen werden.

Die Therapie setzt sich in der Regel aus folgenden Bausteinen zusammen:

- Training oralmotorischer Fähigkeiten
- Lautdiskriminationsübungen
- Lautbildungsübungen beginnend mit Lautmalereien, Tierlauten und Geräuschen
- Schrittweise Anbahnung der Laute in der Reihenfolge der physiologischen Entwicklung oder nach pragmatischen Gesichtspunkten (zuerst für die Sprechverständlichkeit besonders wichtige Laute oder zuerst für das Kind besonders leicht zu sprechende Laute)
- Einbau der neu erworbenen Laute in Wörter und Sätze
- Anregung und Ermutigung zum Sprechen durch die Imitation alltäglicher sprachlicher Interaktionen

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

- Anleitung der Eltern zur Durchführung von Übungen mehrmals am Tag für jeweils einige Minuten und zur Sprechregung in Alltagssituationen.

Zur logopädischen Behandlung wurden zahlreiche Therapiemethoden mit unterschiedlichen Ansatzpunkten entwickelt (phonologischer, phonetischer, sensomotorischer bzw. motokinästhetischer Ansatz, Assoziations- sowie Imitationsmethoden, Modellieren, Feedback-Therapie u. a.). Bislang ist unklar, welche der Methoden besonders erfolgversprechend sind und ob die Effektivität einzelner Verfahren von der Art der Artikulationsstörung abhängt. Systematische Evaluationsstudien mit einer Gegenüberstellung verschiedener Therapieverfahren fehlen weitgehend. Studien zur Effektivität einer Einbeziehung der Eltern kommen zu widersprüchlichen Ergebnissen. Kontrollierte Studien sprechen dafür, dass logopädische Übungen zur Lautdifferenzierung und Lautanbildung die Lautbildungsfähigkeit tatsächlich verbessern, dass eine frühzeitige Behandlung effektiver als eine später einsetzende Therapie ist und dass Grammatikübungen bzw. eine allgemeine Sprachanregung ohne ein spezielles Lautierungstraining keinen Einfluss auf die Lautbildungsfähigkeit ausüben. Diese Aussagen beruhen auf Studien, die dem Evidenzgrad III entsprechen. Die Effektivität nonverbaler oralmotorischer oder auditiver Übungen konnte bislang nicht belegt werden. **Therapiebegleitende Maßnahmen** sind psychotherapeutische Maßnahmen bei Vorliegen eines erheblichen Störungsbewusstseins mit Sprachhemmung oder psychoreaktiven emotionalen Störungen oder Verhaltensstörungen.

#### 4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Entfällt (s. Kap. 4.1).

#### 4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Entfällt (s. Kap. 4.1).

#### 4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Die Finanzierung der logopädischen Behandlung erfolgt im Kleinkindalter in der Regel durch die Krankenkassen. Eine längerfristige Betreuung ist ggf. durch Sozialhilfemaßnahmen sicherzustellen. Kinder mit einer ausgeprägten Lautbildungsstörung sind nach der Eingliederungshilfe-Verordnung (§ 1 Abs. 6 der VO zu § 47 BSHG) als körperlich wesentlich behindert einzustufen. Es besteht damit Anspruch auf Eingliederungshilfe. Bei Therapieresistenz, erheblicher Einschränkung der Verständlichkeit der Sprache oder ungünstigen sozialen Entwicklungsbedingungen kann die Betreuung im Rahmen einer pädagogischen Fördereinrichtung (z.B. Sprachheilkindergarten, -schule) indiziert sein.

#### 4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

Tomatis-Therapie, Differenzierungstraining mit nonverbalen Aufgaben (Töne, Geräusche).

---

#### Literatur:

1. Dodd B (1995) Differential diagnosis and treatment of children with speech disorder. Whurr Publishers, London
  2. Forrest K, Are oral-motor exercises useful in the treatment of phonological/articulatory disorders? Seminars in Speech and Language 23 (2002), 15-25
  3. Fox AV (2005) Kindliche Aussprachestörungen. 3. Aufl., Schulz-Kirchner, Idstein
  4. Franke U (2001) Artikulationstherapie bei Vorschulkindern. 6. Aufl., Reinhardt, München
  5. Hacker D (1999) Phonologie. In: Baumgartner S, Füssenich I (Hrsg.), Sprachtherapie mit Kindern, 15-79. Reinhardt, München
  6. Law J, Garrett Z, Nye C, The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/disorder: a meta-analysis. Journal of Speech, Language, and Hearing Research (2004), 47, 924-943
  7. Shriberg LD, Kwiatkowski J, Developmental phonological disorders I: A clinical profil. Journal of Speech and Hearing Research (1994), 37, 1100-1126
  8. Shriberg LD, Kwiatkowski J, Gruber FA, Developmental phonological disorders II: Short-term speech-sound normalization. Journal of Speech and Hearing Research (1994), 37, 1127-1150
  9. Shriberg LD, Gruber FA, Kwiatkowski J, Developmental phonological disorders III: Long-term speech-sound normalization. Journal of Speech and Hearing Research (1994), 37, 1151-1177
  10. Suchodoletz W v (2001) Sprach- und Sprechstörungen. In: Steinhausen HC (Hrsg.), Entwicklungsstörungen, 83-107. Kohlhammer, Stuttgart
  11. Suchodoletz W v (2006) Diagnostik bei Artikulationsstörungen. In: Petermann U & Petermann F (Hrsg.), Diagnostik sonderpädagogischen Förderbedarfs, 187-209. Hogrefe, Göttingen
- 

#### Verfahren zur Konsensbildung:

##### Bearbeiter dieser Leitlinie

W. von Suchodoletz, A. Warnke, H. Amorosa

##### Korrespondenz an:

Prof. Dr. med. Waldemar von Suchodoletz  
 Institut und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
 Ludwig-Maximilians-Universität  
 Nußbaumstraße 7

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

80336 München

**Redaktionskomitee:**

**federführend**

Martin H. Schmidt, Mannheim  
Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena  
Joachim Jungmann, Weinsberg  
Gerhard Lehmkuhl, Köln  
Helmut Remschmidt, Marburg  
Franz Resch, Heidelberg  
Christa Schaff, Weil der Stadt  
Andreas Warnke, Würzburg

**Erstellungsdatum:**

01/1999

**Letzte Überarbeitung:**

11/2006

**Nächste Überprüfung geplant:**

k. A.

---

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

---

**Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.**

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - **insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung** übernehmen.

---

**Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006**

©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 25.01.2008; 10:05:13

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.